

Scheda di iscrizione agli eventi non accreditati

Desidero iscrivermi al/i seguente/i evento/i:

Titolo dell'evento _____ del _____

Titolo dell'evento _____ del _____

Titolo dell'evento _____ del _____

Dati personali (da compilare completamente):

Nome, Cognome

Medico/Odontotecnico _____ Codice Cliente _____

Indirizzo

Città, Provincia _____ Tel. / Fax _____

La/e caparra/e confirmatoria/e verrà/verranno corrisposta/e nel modo seguente: (barrare l'opzione prescelta)

con assegno bancario Nr. _____ di € _____

con bonifico bancario

con bollettino di c/c postale

Prenotazione alberghiera (facoltativa):

Vi chiedo di effettuare la seguente prenotazione alberghiera a mio nome ed a mie spese:

arrivo _____ partenza _____

Hotel _____ camera singola camera doppia

(per le informazioni riguardanti la sistemazione alberghiera, vedere la pagina specifica sull'opuscolo "Programma Corsi ed Incontri")

Data _____ Firma _____

N.B.: per l'iscrizione ad un evento con accreditamento ECM utilizzare esclusivamente la SCHEDA A!